

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

304

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

**Georges CHEVESSIER**

Né le 6 Janvier 1915, au Boulay (Indre-et-Loire)

Présentée et soutenue publiquement le 4 NOV 1942 19

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE LA MOLE DISSÉCANTE

*(Mola Hydatidosa destruens)*

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS  
IMPRIMERIE R. FOULON  
29, Rue Deparcieux, 29  
1942



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **CHEVESSIER.**

Prénom : **Georges.**

Date de la soutenance: .....

Numéro d'ordre: .....

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

**CHEVESSIER (George ).** —  
Contribution à l'étude de la  
môle disséquante. — Paris,  
Imp. R. Foulon, 1942, in-8°,  
72 p.

*(Thèse Médec. (Et.), Paris  
1942, N° .....)*

**CHEVESSIER (Georges).** —  
Contribution à l'étude de la  
môle disséquante. — Paris,  
Imp. R. Foulon, 1942, in-8°,  
72 p.

*(Thèse Médec. (Et.), Paris  
1942, N° .....)*

**CHEVESSIER (Georges).** —  
Contribution à l'étude de la  
môle disséquante. — Paris,  
Imp. R. Foulon, 1942, in-8°,  
72 p.

*(Thèse Médec. (Et.), Paris  
1942, N° .....)*

**CHEVESSIER (Georges).** —  
Contribution à l'étude de la  
môle disséquante. — Paris,  
Imp. R. Foulon, 1942, in-8°,  
72 p.

*(Thèse Médec. (Et.), Paris  
1942, N° .....)*



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

**Georges CHEVESSIER**

Né le 6 janvier 1915, au Boulay (Indre-et-Loire)

---

*Présentée et soutenue publiquement le ..... 19 ..*

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE LA MOLE DISSÉCANTE

*(Mola Hydatidosa destruens)*

---

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

---

PARIS  
IMPRIMERIE R. FOULON  
29, Rue Deparcieux, 29  
1942



# I. — PROFESSEURS

LE DOYEN ..... BAUDOUIN

## MM.

|                                                                        |                   |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie .....                                                         | ROUVIERE.         |
| Physiologie .....                                                      | Léon BINET.       |
| Physique médicale .....                                                | STROHL.           |
| Chimie médicale .....                                                  | POLONOVSKI.       |
| Bactériologie .....                                                    | GASTINEL.         |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale ..                        | BRUMPT.           |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                            | BAUDOUIN.         |
| Pathologie médicale .....                                              | N...              |
| Pathologie chirurgicale .....                                          | QUENU.            |
| Anatomie pathologique .....                                            | LEROUX.           |
| Histologie .....                                                       | CHAMPY.           |
| Pharmacologie et matière médicale .....                                | TIFFENEAU.        |
| Thérapeutique .....                                                    | AUBERTIN.         |
| Hygiène et médecine préventive .....                                   | TANON.            |
| Médecine légale .....                                                  | DUVOIR.           |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie ..                          |                   |
| Pathologie expérimentale comparée .....                                | Henri BENARD.     |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie ....                          | CHIRAY.           |
|                                                                        | ABRAMI.           |
|                                                                        | FIESSINGER.       |
|                                                                        | HARVIER.          |
| Clinique médicale .....                                                | P.-VALLERY-RADOT. |
| Hygiène et clinique de la première enfance ..                          | CATHALA.          |
| Clinique des maladies des enfants .....                                | Robert DEBRE.     |
| Clinique des maladies mentales et des maladies<br>de l'encéphale ..... |                   |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.                       | LAIGNEL-LAVASTINE |
| Clinique des maladies du système nerveux ....                          | GOUGEROT.         |
| Cliniques des maladies infectieuses .....                              | GUILLAIN.         |
|                                                                        | LEMIERRE.         |
|                                                                        | CADENAT.          |
| Clinique chirurgicale .....                                            | GOSSET.           |
|                                                                        | LENORMANT.        |
|                                                                        | MONDOR.           |
| Clinique ophtalmologique .....                                         | VELTER.           |
| Clinique urologique .....                                              | CHEVASSU.         |
|                                                                        | COUVELAIRE.       |
| Clinique d'accouchements .....                                         | LEVY-SOLAL.       |
|                                                                        | PORTES.           |
| Clinique gynécologique .....                                           | MOCQUOT.          |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..                       | LEVEUF.           |
| Clinique thérapeutique médicale .....                                  | LOEPER.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                                | LEMAITRE.         |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                              | BROCQ.            |
| Clinique propédeutique .....                                           | M. VILLARET.      |
| Clinique de la Tuberculose .....                                       | TROISIER.         |
| Clinique chirurgicale orthopédique .....                               | MATHIEU.          |
| Clinique de cardiologie .....                                          | DONZELOT.         |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                      | Clovis VINCENT.   |
| Assistance Médico-sociale .....                                        | N...              |
|                                                                        | DOGNON.           |
|                                                                        | GIROUD.           |
|                                                                        | HAZARD.           |
|                                                                        | JAYLE.            |
|                                                                        | JOANNON.          |
|                                                                        | OLIVIER.          |
|                                                                        | VERNE.            |
| Professeurs sans chaire .....                                          |                   |

## II. — AGREGES EN EXERCICE

| MM.               |                    |          | MM.                |                 |         |
|-------------------|--------------------|----------|--------------------|-----------------|---------|
| AMELINE .....     | Pathologie         | chirur-  | HAGUENAU .....     | Pathologie      | médi-   |
|                   | gicale.            |          |                    | cale.           |         |
| BARIETY .....     | Pathologie         | médi-    | LACOMME .....      | Obstétrique.    |         |
|                   | cale.              |          | LANTUEJOUL .....   | Obstétrique.    |         |
| BERNARD Etienne.  | Pathologie         | médi-    | LAVIER .....       | Parasitologie.  |         |
|                   | cale.              |          | LELONG .....       | Pathologie      | médi-   |
| BESANÇON Justin.  | Hydrologie.        |          |                    | cale.           |         |
| BONNET .....      | Bactériologie      |          | LEMAIRE .....      | Pathologie      | expéri- |
| BOULIN .....      | Pathologie         | médi-    |                    | mentale.        |         |
|                   | cale.              |          | LENEGRE .....      | Pathologie      | médi-   |
| BROUET .....      | Pathologie         | médi-    |                    | cale.           |         |
|                   | cale.              |          | Mlle J. LEVY ..... | Pharmacologie.  |         |
| BULLIARD .....    | Histologie.        |          | MARCHAL .....      | Pathologie      | médi-   |
| CACHERA .....     | Pathologie         | médi-    |                    | cale.           |         |
|                   | cale.              |          | MENEGAUX .....     | Pathologie      | chirur- |
| CORDIER .....     | Anatomie.          |          |                    | gicale.         |         |
| COSTE .....       | Pathologie         | médi-    | MOLLARET .....     | Pathologie      | médi-   |
|                   | cale.              |          |                    | cale.           |         |
| JOUELAIRE (Roger) | Urologie.          |          | MOUQUIN .....      | Pathologie      | médi-   |
| DELARUE .....     | Anatomie           | patholo- |                    | cale.           |         |
|                   | gique.             |          | PATEL .....        | Pathologie      | chirur- |
| DELAY .....       | Pathologie         | médi-    |                    | gicale.         |         |
|                   | cale.              |          | PETIT-DUTAILLIS    | Pathologie      | chirur  |
| DESGREZ (H.) .... | Physique.          |          |                    | gicale.         |         |
| DESOILLE .....    | — Médecine légale. |          | RENARD .....       | Ophthalmologie. |         |
| DIGONNET .....    | Obstétrique.       |          | RICHET .....       | Physiologie.    |         |
| DOGNON .....      | Physique.          |          | SENEQUE .....      | Pathologie      | chirur- |
| FEVRE .....       | Pathologie         | chirur-  |                    | gicale.         |         |
|                   | gicale.            |          | SICARD .....       | Pathologie      | chirur- |
| FUNCK-BRENTANO    | Pathologie         | chirur-  |                    | gicale.         |         |
|                   | gicale.            |          | SOULIE .....       | Pathologie      | médi-   |
| GALLIARD .....    | Parasitologie.     |          |                    | cale.           |         |
| GARCIN .....      | Pathologie         | médi-    | SUREAU .....       | Obstétrique.    |         |
|                   | cale.              |          | TURPIN .....       | Pathologie      | médi-   |
| Mlle GAUTHIER-    | Anatomie           | patholo- |                    | cale.           |         |
| VILLARS .....     | gique.             |          | WILMOTH .....      | gicale.         |         |
|                   | cale.              |          |                    | Pathologie      | chirur- |
| DE GENNES .....   | Pathologie         | médi-    |                    |                 |         |

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

| MM.              |              | MM.             |                   |
|------------------|--------------|-----------------|-------------------|
| ALGLAVE .....    | Pathologie   | HUGUENIN .....  | Anatomie Patholo- |
|                  | gicale.      |                 | gique.            |
| CHAILLEY-BERT .. | Physiologie. | LE LORIER ....  | — Obstétrique.    |
| GUENIOT .....    | Obstétrique. | NEVEU-LEMAIRE   | Parasitologie.    |
| HEITZ-BOYER .... | Pathologie   | PIEDELIEVRE . . | Médecine légale.  |
|                  | gicale.      | VAUDESCAL ..... | Obstétrique.      |

# IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

## A TITRE PERMANENT

| MM.           |                    | MM.           |                             |
|---------------|--------------------|---------------|-----------------------------|
| ALAJOUANINE   | Clinique médicale. | BASSET .....  | Clinique chirurgi-<br>cale. |
| BRULE .....   |                    | GATELLIER ... |                             |
| CHABROL ..... |                    | de GAUDART    |                             |
| CHEVALLIER    |                    | d'ALLAINES    |                             |
| LAROCHE Guy   |                    | MOULONGUET    |                             |
| LIAN .....    |                    | MOURE .....   |                             |
| MOREAU .....  |                    |               |                             |
| SEZARY .....  |                    |               |                             |

## MM.

|              |                       |
|--------------|-----------------------|
| ECALLE ..... | Clinique obstétricale |
| VIGNES ..... |                       |

# V. — CHARGES DE COURS

## MM.

|                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé .... | Education physique.  |
| LEDOUX-LEBARD .....        | Radiologie clinique. |
| DECHAUME .....             | Stomatologie.        |
| .....                      | Puériculture.        |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

*Mort pour la France à Ver-*  
*dun.*

A MA MERE

*En témoignage de profonde af-*  
*fection et de très grande recon-*  
*naissance.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique d'Accouchements  
Membre de l'Académie de Médecine  
Médecin des Hôpitaux  
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand honneur  
d'accepter la présidence de cette  
thèse.*

*Hommage respectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACOSME

*Qui a bien voulu me donner  
des directives.*

*Je l'en remercie beaucoup.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR SIMONIN

*Auprès de qui j'ai beaucoup —  
appris pendant deux ans.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PEYTAVIN

*Qui m'a donné l'idée de ce tra-  
vail.*

A MES MAITRES  
DANS LES HOPITAUX DE TOURS

MESSIEURS LES DOCTEURS :  
GUILLAUME LOUIS, CHEVE, GODEAU, DESNOYELLE,  
DESBURQUOIS, VIALLE PIERRE, HUSSENSTEIN,  
VIALLE ANTOINE, ARNAUD.

A MES MAITRES  
DANS LES HOPITAUX D'ORLEANS

MESSIEURS LES DOCTEURS :  
SIMONIN, PEYTAVIN, MERCIER, MARRE,  
GOUTADIER, LIMOUZY, CHEVEREAU,  
FAUCHER, DEROUET.

## INTRODUCTION

---

Nous avons eu l'occasion d'observer personnellement dans notre service de Chirurgie Maternité, un cas de môle disséquante ayant évolué rapidement vers la perforation utérine, la môle in utero.

Le diagnostic de môle perforante fut porté et la malade hystérectomisée, guérie.

Nous avons cherché des cas *identiques* dans la littérature, nous n'en avons retrouvé qu'un petit nombre, ce qui nous a décidé à en faire un sujet de thèse.

Nous n'avons pas la prétention de faire quelque chose de nouveau; mais nous citerons à ce sujet une phrase de M. le Professeur COUVELAIRE (phrase que nous rappellerons d'ailleurs dans nos conclusions):

« Si donc jusqu'à présent il semble exister un fossé entre les données cliniques et celles du laboratoire Je pense que *plus nous accumulerons d'observations apparemment inutiles, plus nous nous rapprocherons de l'union souhaitable.* »

La môle vésiculaire est, par définition, la dégénérescence kystique des villosités choriales du placenta.

Elle est rare, on la rencontre une fois sur deux mille à trois mille grossesses. La môle compliquée (choris épithéliome môle perforante) est encore plus rare: une sur dix mille à quinze mille grossesses environ (SENARCLENS et COUVELAIRE).

On ne sait rien de précis au sujet de son étiologie. Elle peut se compliquer gravement:

Par son pouvoir de pénétration elle peut dissocier,

perforer le muscle utérin : môle disséquante, môle perforante (1). C'est également de son extension en profondeur et de sa prolifération non limitée que naît le chorio épithéliome, une des « tumeurs malignes les plus térébrantes et les plus métastatiques ». (Travaux de H. MERGER sur le chorio-épithélisme). (Encyclopédie médico-chirurgicale).

On conçoit donc que très tôt l'attention ait été attirée par cette dégradation curieuse de l'œuf et surtout qu'on ait cherché pourquoi ces villosités dégénérées pouvaient, dans certains cas, limiter leur extension, ou dans d'autres cas, au contraire, s'étendre et prendre une allure de tumeur maligne.

C'est dans l'ouvrage de Mme BOIVIN en 1827, « (Nouvelles recherches sur l'origine, la nature et le traitement de la môle vésiculaire ou grossesse hydatique) » qu'il est fait mention, pour la première fois, de cette variété de môle.

Ce sont, ensuite, les observations et travaux de MOTH, de WILTON, de MARCHAND, d'ENGSTROM, d'ESSEN MULLER.

CURTISS et OUI, dans leurs travaux publiés dans les « Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, juin 1913 », s'attaquent à ce problème et cherchent déjà un critère de malignité dans l'étude histologique des coupes de môles perforantes.

— Ils ont d'ailleurs résumé dans cette communication de nombreuses observations que nous reproduisons pour la plupart.

— Puis il est encore fait mention des môles (peu de choses sur les môles perforantes) dans le travail important de BRIQUEL de Nancy sur les « Tumeurs placentaires ».

---

(1) Nous ne séparerons pas les deux mots : môle disséquante, môle perforante, la seconde variété n'étant qu'une forme clinique de la première.

— DURANTE, TRILLAT de Lyon étudient aussi cette question.

— Plus récemment POTOKI cherche à élucider le problème.

Nous retrouvons également dans les thèses des années précédentes, sur des sujets voisins, des passages relatifs à la môle perforante. Thèse de WEILL-SPIRE, thèse d'ISIDORE.

— Enfin, cette question a fait l'objet de communications assez récentes (M. le Professeur COUVELAIRE : Société d'Obstétrique et de Gynécologie de 1926).

— d'une rapide analyse des recherches les plus anciennes, jusqu'aux communications récentes, il ressort que le problème semble se poser ainsi :

*La cause de la dégénérescence première de la villosité nous étant inconnue, pourquoi y a-t-il des môles qui évoluent d'une façon banale, pourquoi y en a-t-il d'autres qui localement se comportent au point de vue clinique comme des tumeurs malignes (môles perforantes) et d'autres enfin qui donnent lieu secondairement à une tumeur cliniquement et histologiquement maligne, tumeur donnant des métastases le chorio-épithélisme ?...*

Le problème ainsi posé, voyons quelles solutions on a cherché à y apporter :

I. — De nombreux auteurs (comme CURTISS et OUI) ont cherché un critère *histologique* :

Ils ont examiné, après avortement, ou après opération, des coupes de villosités ayant fait effraction dans le muscle utérin.

Ils ont examiné également la caduque, cherchant à savoir si elle participait au processus d'infiltration. En un mot, ils ont cherché s'il existait localement un ensemble de preuves certaines de la malignité de ces môles disséchantes.

Il serait évidemment capital de pouvoir fixer l'ave-

nir d'une malade, par l'examen microscopique des débris de môle expulsée non compliquée (avortement molaire banal).

— Nous verrons, dans un bref résumé, comment la question a été envisagée, à ce point de vue, jusqu'à maintenant, et ce que l'on peut attendre de l'anatomie pathologique.

II. — D'autres auteurs ont cherché des *signes cliniques* de malignité.

Après eux, et répétons-le, nous n'avons pas la prétention de faire quelque chose de nouveau, nous ferons une étude comparée des signes cliniques que nous aurons relevés dans nos observations entre la môle banale, et la môle disséquante.

Nous classerons ensuite les différents symptômes en soulignant ceux qui nous sembleront témoigner de la malignité de la môle.

— Il est évident que la môle perforante, la môle étant *in utero*, variété clinique des môles disséquantes, aura droit à un chapitre à part car à sa symptomatologie générale de môle s'ajoute celle de la perforation utérine.

— Enfin, nous réunirons dans une vue d'ensemble, données cliniques et données de laboratoire et nous verrons quelles conclusions nous pourrions en tirer

De ce court préambule il ressort que nous aurons deux grandes divisions :

1°) Un aperçu histologique et un résumé des mêmes travaux faits au sujet de la môle perforante.

2°) Une étude critique, au point de vue clinique des différentes observations personnelles ou relevées dans la littérature.

Ces deux chapitres s'efforceront de répondre à la question déjà posée :

Existe-t-il un critère de la malignité de la môle, et

en peut-on déduire la fatale évolution d'une tumeur maligne ?

Ce qui nous amènera à la troisième partie.

3°) Les conclusions.

Il nous semble logique de placer nos observations au début puisque c'est là où nous puiserons, en grande partie, nos éléments d'étude.

---



## OBSERVATION PERSONNELLE N° 1

Madame C..., 29 ans, exerçant la profession d'infirmière dans un asile psychiatrique, mariée depuis avril 1940, est entrée dans le service le 22 septembre 1941.

Dans *ses antécédents familiaux* on ne note rien de bien particulier :

Son grand-père est mort âgé, paralytique, elle ne sait pas de quoi est décédée sa grand' mère, son père est mort à la suite d'un accident, sa mère est en bonne santé.

Elle a eu deux frères qui sont décédés : l'un d'une crise d'urémie, l'autre d'une congestion pulmonaire.

Ses quatre sœurs sont en bonne santé.

Dans *ses antécédents personnels* on note seulement la rougeole à 9 ans.

Elle a été *réglée à douze ans et demi, très régulièrement* : pertes d'abondance moyenne durant trois ou quatre jours, avec douleurs le premier jour.

Pas d'enfants, pas de fausses couches.

Ce sont *les 5 et 6 juillet 1941* qu'elle a vu pour la dernière fois, elle perd alors très peu et pendant un jour ou deux seulement.

A part ce peu de durée et la quantité minime de l'écoulement, la malade déclare que c'était comme à l'habitude et ne s'en est pas émue outre mesure.

— Le 15 août 1941, c'est-à-dire avec un retard d'une huitaine de jours, retard peu accentué mais ayant une importance chez une femme régulièrement réglée jusque-là, commencent les incidents :

Dans le courant de la matinée la malade eut quelques étourdissements, d'une durée de cinq minutes, et le soir elle commençait à perdre *du sang rouge*, sans ca-

ractères particuliers, écoulement semblable à l'écoulement cataménial, mais très peu abondant et qui s'arrêta dans la nuit.

Puis, jusqu'au 20 août, plus de signes du côté génital, la femme n'étant toutefois pas très à l'aise; de temps en temps sensations de nausées, dit-elle.

Le 20 et le 21 août elle recommence à saigner, sang analogue à celui des règles, toujours très peu abondant, avec *écoulement discontinu*.

Alarmée, la malade consulta le docteur de son quartier, le Docteur ALAIN qui lui conseilla le repos (une analyse d'urine décela un peu de sucre ?)

La femme resta ainsi au repos du 20 août au 22 septembre 1941, presque toujours au lit. Elle se sentait en effet très fatiguée et, lorsqu'elle se levait, avait des étourdissements.

Malgré le repos, à peu près complet, elle continua à perdre d'une façon très capricieuse et toujours en petite quantité.

Dans les quinze jours précédant son entrée, les pertes devinrent noirâtres.

Un autre symptôme, sur lequel la malade insiste tout particulièrement, est constitué par des *vomissements* qui se répètent quotidiennement ou même plusieurs fois par jour pendant toute une période allant du 20 août au 22 septembre 1941.

On note également une douleur spontanée, assez marquée aux dires de la malade, dans la fosse iliaque gauche. C'est alors qu'un chirurgien consulté confirma le diagnostic du médecin traitant, le Docteur ALAIN et conseilla l'envoi de la malade à l'hôpital, où celle-ci se décida à entrer le 22 septembre 1941. C'est-à-dire deux mois et demi environ après la date de ses dernières règles.

Examinée à son entrée dans le service de chirurgie, la malade frappe tout d'abord par sa *pâleur*. Interrogée à ce sujet, elle déclare qu'avant cette période troublée

elle était déjà pâle mais que sa pâleur était moins accentuée.

Ses muqueuses sont décolorées.

L'interrogatoire nous apprend alors toute l'histoire précédente qui attire immédiatement l'attention sur l'utérus.

*L'inspection* de l'abdomen nous révèle son augmentation de volume sous-ombilicale.

*La palpation* nous fait sentir une masse molle élastique qui remonte à 18 cm. au-dessus du pubis, ce qui correspond à peu près à une grossesse de cinq mois et demi.

*Au toucher* col légèrement entr'ouvert, suintement noirâtre, les culs-de-sac sont en partie comblés comme pour une grossesse et douloureux.

*Toucher et palper combinés* montrent que cette masse est bien l'utérus très augmenté de volume et qu'il est mobile, on ne sent pas de masses latérales.

L'examen général de la malade alors pratiqué ne montre rien de particulier :

Auscultation négative,

Foie, rate normaux

T. A. : 13 1/2, 8 1/2 au Vaquez,

Urines : néant

Réactions de Wassermann, Hecht, Kahn négatives.

Devant ces symptômes :

hémorragies capricieuses, répétées,

*Augmentation exagérée du volume de l'utérus par rapport à l'âge de la grossesse,*

Vomissements très fréquents,

le diagnostic de môle hydatiforme est porté (il avait été fait également par le médecin praticien).

La femme perdant encore à l'arrivée dans le service, avec un col légèrement ouvert, on pense à un avortement

molaire imminent et la malade est mise au repos, au lit, en observation.

Il en est ainsi jusqu'au 30 septembre.

*Dans la nuit du 30 septembre au 1<sup>er</sup> octobre 1941* s'installe rapidement un syndrome abdominal douloureux, avec syndrome hémorragique interne intense (sueurs froides, pouls passant à 120). Très légère contracture abdominale, aspect de l'inondation péritonéale classique.

Le chirurgien de garde appelé d'urgence, M. le Docteur PEYTAVIN, examine la malade et ayant la notion de môle vésiculaire porte le diagnostic de perforation utérine probable. Il décide l'intervention.

*Intervention le 1<sup>er</sup> octobre 1941 :*

Anesthésie générale, éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale — aspect bleuté du péritoine. L'ouverture de celui-ci montre bien une *inondation péritonéale*, grande quantité de sang libre, il y a de plus quelques caillots dans le Douglas.

Les deux trompes sont normales, *il n'y a pas de kystes luteïniques*.

Utérus d'aspect gravide de près de quatre mois avec un petit bourgeon charnu à la partie antérieure et supérieure gauche du corps utérin, en dedans de l'implantation du ligament rond.

*Il s'agit d'un fragment disséquant de la môle qui a perforé la paroi utérine.*

Hystérectomie subtotale.

Péritonisation complète, nettoyage du petit bassin.

Fermeture en trois plans.

*Suites opératoires :* bonnes.

Un peu de fièvre ne dépassant pas 38°2 au début. Une dizaine de jours après tout va bien et le lever a lieu au bout de trois semaines.

Le départ était décidé pour les jours suivants vers le

24 ou 25 octobre 1941. C'est alors que dans la nuit du 24 au 25, la malade fait une hémorragie importante pour laquelle on appelle d'urgence, hémorragie provenant des voies génitales: tamponnement, hémostatiques, tonocardiaques, sérum, et le lendemain matin examen au spéculum: on découvre alors, à l'union des parois postérieure et latérale droite du vagin à trois cm. environ de l'orifice vaginale, une plaque large de 4 à 5 cm. d'aspect cruenta.

(L'état fébrile s'établit, oscillant entre 40° et 37°8, pendant trois semaines environ, avec de grandes oscillations et quelques rémissions).

Les jours suivant la première hémorragie, la femme étant très anémiée, on lui fait une transfusion de 350 cc<sup>3</sup> de sang (la numération globulaire avait montré une forte anémie 3.650.000 G. R.). (La formule leucocytaire montrait une augmentation des lymphocytes 61 % et une diminution des polynucléaires 24 %).

Trois ou quatre jours après, nouvelle hémorragie qui nécessite un second tamponnement.

La plaie, sans s'étendre, prit un aspect phlegmoneux. Une biopsie fut alors pratiquée et le résultat (Docteur Frédéric BUSSE, chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté) indiqua:

« Fragments presque entièrement constitués par de la fibrine et par du pus, quelques débris de tissus conjonctif bourrés d'éléments inflammatoires. — Rien qui puisse faire penser à une lésion néoplasique maligne. »

Il n'y avait donc rien, on aurait, en effet, pu croire à une métastase.

Le seul reliquat fut une cicatrice un peu dure que l'on sentait bien au toucher.

On s'appliqua alors à remonter la malade et à lutter contre l'anémie. (Méthode de Whipple).

Il n'y eut plus d'incident, par la suite, et la malade partit le 6 novembre 1941, apparemment guérie.

Nous l'avons revue dernièrement, tout allait parfaitement.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le Laboratoire de la Maternité de Port-Royal, où nous avons envoyé la pièce, nous répondit :

« Image normale de môle disséquante — pas de caractère de malignité ».

## EXAMEN BIOLOGIQUE

Nous avons, à la suite de l'opération, fait effectuer plusieurs fois la réaction de Brouha-Hinglais (à défaut du dosage quantitatif dans le sérum).

*Le 27 octobre 1941 :*

- réaction positive avec 1 cc<sup>3</sup> d'urine
- un ovaire de lapine porte deux follicules hémorragiques
- l'autre ovaire légère réaction sans follicule nettement hémorragique.

*11 novembre 1941 :*

- réaction positive avec 1 cc<sup>3</sup> d'urine
- ovaires très nettement plus hémorragiques que précédemment
- un ovaire présente six follicules hémorragiques, l'autre quatre.

*29 novembre 1941 :*

- Injection de 2 cc<sup>3</sup> d'urines diluées au 1/10<sup>e</sup>  
soit 0,01 à 0,02 cc<sup>3</sup> d'urine.

Réaction :

ovaire droit : 1 foll. hémorragique

ovaire gauche : 2 foll. hémorragiques.

24 décembre 1941:

— Injection de 3 cc<sup>3</sup> d'urines diluées au 1/10° ..  
soit 0,3 cc<sup>3</sup> d'urines.

Réaction *totale*ment négative.

## OBSERVATION N° 2

(Observation de VOLKMANN)

— Femme de 46 ans. Mariée depuis deux ans.

— huit enfants vivants. Dernier accouchement janvier 1861.

— Dernières règles: mai 1864 — vomissements, dégouts alimentaires.

— Après 4 à 5 semaines: hémorragies — douleurs abdominales — grande faiblesse.

— En juillet 1864: Métorrhagies qui durent quatorze jours après violentes douleurs. Etat général mauvais œdème des pieds.

— En août 1864: Nouvelles hémorragies se prolongeant jusqu'à la mort qui a lieu le 17 novembre 1864.

### *Autopsie.*

Cas typique de môle disséquante:

— Utérus très volumineux du diamètre de la tête d'un enfant d'un an. Surface irrégulière, bosselée. Au niveau des saillies, vésicules de môle transparaissant à travers le péritoine.

— L'utérus incisé se montre divisé en deux cavités par un mince diaphragme musculaire: l'une inférieure la cavité utérine proprement dite; l'autre supérieure, une loge creusée dans le muscle complètement dissocié, dont la paroi était mince comme une feuille de papier se réduisant parfois à la séreuse, séparant la môle de la cavité péritonéale.

OBSERVATION N° 3

Observation de JAROVSKY-WALDEYER

— Femme de 36 ans.

— Présente des traces de rachitisme — léger rétrécissement du bassin.

— Trois grossesses avec forceps à chaque fois.

Egalement délivrance artificielle à toutes les fois (placentas adhérents).

— En décembre 1866 la malade se fait soigner pour métrorragies — Anémie prononcée.

— En février 1867 les métrorragies reprennent extrêmement abondantes accompagnées de tranchées violentes, de collapsus et aboutissent rapidement à la mort.

*Examen anatomique.*

Utérus volumineux: 18 cm. 6 de long; 15 cm. 6 de large. — Pas de perforation. — La môle remplit l'utérus et lui adhère intimement. — Le fond à 1 min. d'épaisseur, transparent. Des vésicules sont logées dans des cavités intrapariétales.

OBSERVATION N° 4

Observation de KRIEGER

— Femme de 25 ans.

— Vue en juillet 1854: règles régulières — 2 grossesses — 2 enfants — Métrorragies depuis quatre mois avec douleurs très marquées — Utérus à trois doigts au-dessus de la symphyse.

— En octobre 1854: métrorragies et douleurs — Fond de l'utérus à deux doigts sous l'ombilic.

— Au milieu de novembre 1854 : les métrorragies recommencent.

— Le 2 décembre: contractions utérines — douleurs violentes, la malade meurt brusquement par syncope.

*Autopsie.*

L'utérus remonte jusqu'à l'ombilic.

On trouve sur la face antérieure une tumeur de la dimension d'une tête d'enfant, arrivant jusqu'à la symphyse, recouverte par le péritoine de couleur rouge foncé.

Le col présente une rougeur inflammatoire.

Le corps utérin est fortement épaissi en totalité.

La tumeur a si complètement refoulé le tissu musculaire qu'elle cause, après l'ablation, une perte de substance considérable.

Cette masse néoplasique se compose de vésicules, de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette, réunis par des caillots sanguins et fibrineux.

OBSERVATION N° 5

Observation de PESTALOZZA

Zecchi Anna, âgée de 44 ans.

— Entre à l'hôpital le 15 septembre 1894.

Femme robuste — 12 grossesses toutes régulières sauf la première, un avortement.

— Toujours réglée régulièrement auparavant.

— Or, depuis cinq mois, irrégularités menstruelles : retards et métrorragies profuses intermittentes.

— L'utérus a un volume comparable à celui d'une grossesse de trois mois.

— On fait un curettage — la curette pénètre dans un tissu friable infiltrant toute la paroi utérine — Tout le muscle est envahi par vésicules môle hydatiforme.

— Hystérectomie pratiquée le 13 octobre 1894.

Guérison après un an.

OBSERVATION N° 6  
Observation de NEUMAN N° 1

— Femme âgée de 51 ans, toujours réglée régulièrement.

— Dernières règles en janvier 1893.

— En février: deux hémorragies en quatre semaines.

— Du milieu de mars 1894 jusqu'au 12 avril: métrorragies presque continues.

— Douleurs vives dans les premiers temps.

*A l'examen:*

Tumeur utérine de la grosseur d'une tête d'adulte remontant jusqu'à l'ombilic.

Utérus de consistance pâteuse. — On ne sent pas de parties fœtales.

Le col est fermé.

Les hémorragies persistent.

Le diagnostic de môle vésiculaire est porté.

On pratique le curettage après dilatation du col. On ramène de nombreuses vésicules — grosses pertes de sang. L'utérus ne se contracte pas; on pratique une hystérectomie supra vaginale.

Mort en collapsus.

*Autopsie.*

Nombreuses lésions:

— Cœur: endocardite purulente.

— Plèvre: pleurésie gauche.

Poumons: pneumonie lobaire droite.

On trouve des kystes sur les ovaires droit et gauche.

Utérus. — Le muscle utérin est rempli dans son hémisection gauche de vésicules dont certaines arrivent jusqu'au péritoine.

OBSERVATION N° 7

Observation de NEUMAN N° 2

Femme de 40 ans.

Trois grossesses dont la dernière en 1891.

Se croit enceinte en 1896.

Dernières règles en juillet 1896.

Fin septembre 96 écoulement sanguin qui persistant en augmentant provoque l'entrée à la clinique le 10 novembre 1896.

*Examen à l'entrée:*

Femme pâle, anémique, avec œdème des jambes.

Utérus: tumeur abdominale médiane remontant à deux doigts sous l'ombilic, de consistance molle et élastique.

On ne sent pas de parties fœtales.

Pas de signes d'auscultation.

Sur la paroi antérieure du vagin, tumeur saillante polypiforme bleue-noire.

Le 14 novembre : douleurs et commencement d'expulsion des vésicules; narcose; on vide l'utérus de son contenu. La majeure partie de la môle est sortie par expression. La face utérine est lisse partout et on ne trouve plus de restes de vésicules. Ablation de la tumeur vaginale. On attend que la malade se remette.

Le 2 décembre: hystérectomie et guérison.

*Examen de la pièce.*

Petites masses néoplasiques formées de cellules placentaires dans tout le muscle (1 villosité dans un vaisseau).

OBSERVATION N° 8

Observation de MONOD, CHABRY, MACAIGNE

— Femme de 27 ans.

— Pas de grossesse, ni d'avortement antérieurs.

— Hémorragies depuis février 1896, répétées aux époques de mars, avril, mai. Les dernières douloureuses.

— On pratique un curettage léger qui ramène des vésicules de môle hydatiforme.

— Opération le 9 juin :

Hystérectomie vaginale et guérison (malade revue en parfaite santé, six mois après).

*Examen de la pièce.*

Utérus extrait hypertrophié, parois épaisses, pas de lésion visible à l'extérieur.

A l'intérieur, au fond, en un point seulement, de couleur gris hématique existe une production pathologique.

OBSERVATION N° 9

Observation de FRATKINE

— Femme de 23 ans.

Avortement au troisième mois de la grossesse : œuf expulsé composé de vésicules de dimensions différentes.

Par la suite quelques petits accès de toux avec dyspnée, température et expectoration sanguinolente. Après amélioration pendant six semaines, aggravation :

*Examen gynécologique :*

Cul utérin épaissi.

Utérus mou de consistance pâteuse, augmenté de volume, sensible et en rétroflexion.

Avec la sonde on a la sensation d'une cavité au niveau du fond utérin, saignant au moindre contact.

On pratique le curettage.

On ramène un bouquet de vésicule: guérison.

### OBSERVATION N° 10

#### Observation de PICK

— Femme de 22 ans.

— Au commencement du quatrième mois métrorragies.

— Utérus volumineux.

— Au milieu des parois vaginales antérieures on trouve des nodules gros comme une noisette ressemblant à des varices de la muqueuse.

— On excise ces nodules.

— Deux jours après l'opération, expulsion d'une môle vésiculaire.

— Les nodules vaginaux à l'examen hystologique révèlent la structure de métastases de môle (coque fibrineuse renfermant en son centre des villosités avec leur épithélium plasmodial) les cellules de Langhans font défaut seulement métastases (pas d'effraction au niveau du muscle).

### OBSERVATION N° 11

#### Observation de VOIGT

— Femme de 53 ans.

— mariée à 27 ans.

— Huit grossesses normales, la dernière il y a treize ans.

— Règles régulières jusqu'à 53 ans.

— Dernières règles en septembre 1897.

— En octobre des métrorragies abondantes nécessitent l'intervention du médecin : tamponnement après extraction d'une môle vésiculaire.

— A partir de ce moment, jusqu'en mars 1898, alternatives d'hémorragies qui cessent au repos et reparaisent dès que la malade se lève.

— On redoute un déciduome malin et après un curetage explorateur qui ramène des vésicules et des caillots, on pratique l'hystérectomie vaginale.

*A l'examen de la pièce:*

Utérus volumineux: 11 cm. de longueur; 17 cm.<sup>1</sup>/<sub>5</sub> de largeur.

Au niveau du fond, sur la largeur d'une pièce de un mark, l'utérus semble déchiré.

Perte de substance de un demi centimètre, due à la pénétration profonde de la môle dans le muscle utérin.

## OBSERVATION N° 12

Observation de SOLOWY et de KRYSZKOWSKI

— Femme de 47 ans.

— Dix accouchements normaux, sans avortements.

— Dernier accouchement il y a cinq ans.

— Jusqu'en décembre 1898, bien portante.

— Dernières règles plus fortes depuis deux mois.

— Dans les dernières semaines, pertes de sang presque continues, douleurs abdominales et dans la région sacrée.

Au palper: tumeur volumineuse qui s'élève à trois doigts sous l'ombilic, un peu déplacé à gauche — masse non mobile, portion vaginale non ramollie — Orifice interne fermé. Le col se continue avec la tumeur abdominale par le ligament large droit infiltré, douloureux.

Au bout de vingt-quatre heures d'observation le col

paraît perméable au doigt : hémorragie persistante. Pour l'arrêter on pratique un curettage qui ramène des caillots sanguins et des débris de môle vésiculaire. L'opération s'effectue avec de fortes pertes de sang. La malade succombe par les hémorragies et les complications septiques.

*Examen de l'utérus et des annexes :*

Utérus et annexes forment une tumeur couverte de caillots qui se compose de trois parties :

— Une moyenne, grosse comme le poing, répond au corps de l'utérus ;

— Deux latérales, plus petites, répondent aux annexes que rien ne sépare de l'utérus.

Surface de la tumeur inégale, mamelonnée.

OBSERVATION N° 13

Observation de HERZ n° 1

— Femme de 20 ans.

— Début de grossesse pénible, accompagné de vomissements ; considérable amélioration au troisième mois : l'alimentation devient possible, puis normale.

— A la fin du cinquième mois : métrorragie abondantes forçant la malade à s'aliter.

*Examen gynécologique :*

Utérus gros remontant jusqu'à l'ombilic.

Orifices du col fermés.

— Les hémorragies se répètent malgré le tamponnement.

Après vingt-quatre heures on trouve l'orifice interne assez dilaté pour y passer deux doigts. On parvient à dilater le col et à pénétrer dans l'utérus que l'on trouve rempli par une môle vésiculaire adhérente à la corne

droite et à la paroi antérieure. Ce dernier point du muscle est très aminci et on perçoit les anses intestinales à travers la paroi qui semble réduite au péritoine.

— Evacuation de toute la môle — Guérison sans complications.

Un an plus tard, nouvelle grossesse avec un enfant vivant, sans complications.

### OBSERVATION N° 14

#### Observation de KERZ N° 2

— Femme de 42 ans, chétive, anémique, 12 enfants dont huit vivants.

— Dernières règles: décembre 1899.

Cette nouvelle grossesse s'accompagne d'une curieuse sensation de froid dans le dos et entre les deux épaules.

— Le 17 mars 1900, donc au quatrième mois environ:

Métrorragies abondantes nécessitant l'intervention médicale. On trouve:

Un utérus dont l'orifice interne est perméable à deux doigts. On peut ainsi pénétrer dans l'utérus et enlever successivement:

deux fragments charnus qui sont deux morceaux de placenta, puis une masse adhérente au fond, à la corne gauche et à la partie supérieure de l'utérus. Il n'y a pas de fœtus, toute la masse intra utérine étant constituée par une môle vésiculaire, deux fragments placentaires plus une série de vésicules isolées que l'on arrive à extraire des parois musculaires.

Guérison sans complication.

L'observation qui suit présente un *point commun* avec

celle, personnelle, que nous avons relatée en premier : la perforation utérine brutale.

### OBSERVATION N° 15

Observation de GOTTSCHALL

— Femme de 30 ans, mariée en 1897.

Douzième couche en 1898, enfant mort en novembre 1899.

— Métrorragies avec tranchées. L'avortement se produit et se termine par l'expulsion d'une masse considérée comme du placenta.

Fin novembre, la malade peut se lever.

— Les règles reparaissent du 13 au 17 décembre

— Du 17 décembre au 23 janvier 1900, petites hémorragies à diverses reprises.

— Le 23 janvier, en sortant de table, éclatent tous les symptômes de rupture utérine avec hémorragie interne.

La malade est transportée en clinique : hystérectomie abdominale dans un état d'anémie profonde.

L'opération n'est menée à terme qu'avec le secours d'injection sous-cutanée de sérum.

— Au cours de l'intervention on constate une perforation utérine et une abondante hémorragie intra-péritonéale à laquelle la malade succombe trois heures après dans le collapsus cardiaque.

#### *Examen de la pièce.*

Utérus extirpé : longueur 13 cm. ; largeur 8 cm.

Il existe une rupture au niveau du fond, d'une largeur d'une pièce de un franc, orifices à bords déchirés. Un peu plus loin trois orifices beaucoup plus petits — hernies des vésicules — Une grosse môle occupe toute la cavité.

La musculature est dissociée et parsemée de cavités remplies de vésicules.

OBSERVATION N° 16.

Observation de DUNGER.

— Femme de 43 ans.

Pas de maladies antérieures.

Quatre grossesses, la dernière menée à terme remonte à 5 ans.

— Début décembre 1900, nouvelle grossesse.

— Commencement février 1901, hémorragies persistantes pendant trois semaines.

— Ces hémorragies continuent mais plus irrégulières jusqu'à mai 1901.

— Elle entre alors à la clinique avec un état général mauvais, très anémiée.

Température fébrile élevée 41°.

*A l'examen:*

Utérus volumineux remontant jusqu'à l'ombilic.

Contractions utérines.

Col ramolli, facilement perméable au doigt.

*A l'exploration digitale:*

Masse molle, friable, remplissant toute la cavité. Le doigt recourbé peut pénétrer par en bas dans une sorte de cavité annexe séparée par une crête de la cavité supérieure.

Après l'exploration issue de matières sanglantes et de villosités.

— Hystérectomie abdominale le 12 mai 1901:

Opération sans incidents: on trouve un œdème du ligament large gauche ainsi que des thromboses multiples de toutes les veines du plexus spermatique.

*Suites:* accidents pulmonaires au troisième, cinquième et septième jour: frissons, expectoration sanglante, signes d'embolies pulmonaires. Ces symptômes s'amendent dans

la deuxième semaine, la malade est guérie après vingt-huit jours d'hospitalisation.

Revue en bonne santé après trois ans.

*Examen de la pièce:*

Utérus aminci en haut.

Amincissement général des parois avec pénétration des vésicules.

OBSERVATION N° 17

Observation de KÖENIG et HUGUENIN

Femme de 46 ans.

Dernières règles en décembre 1903.

Pertes abondantes le 1<sup>er</sup> janvier 1904.

A partir du 10 janvier 1904, les pertes cessent mais les douleurs persistent. La femme entre en clinique le 4 novembre 1904.

A l'examen général on trouve un rétrécissement mitral. L'utérus correspond à une grossesse de cinq mois.

Par suite de l'état cardiaque et de la dyspnée on provoque l'avortement.

Après dilatation du col, expulsion de quelques vésicules de môle. Crise aiguë de dyspnée et mort.

*A l'autopsie:*

Trois litres de sang environ dans le péritoine.

Utérus plein de vésicules.

Parois très amincies (2 à 3 mm.)

Deux perforations punctiformes près des trompes.

OBSERVATION N° 18

Observation de KAUFFMANN

— Femme de 38 ans.

11 accouchements et un avortement, toujours délivrances artificielles (bassin plat).

— Dernières règles: 24 février 1906.

— Le 20 mai 1906 pertes durant depuis quelques semaines.

Utérus volumineux remontant jusqu'à l'ombilic correspondant à une grossesse de cinq à six mois.

Pas de fœtus perceptible.

— Le 28 mai narcose et dilatation du col : évacuation manuelle d'une molle.

— Sort guérie le 16 juin.

— Le 17 juillet la malade revient pour métrorragies.

On pratique un curettage, on ramène quelques villosités libres.

— Le 10 novembre 1906 : la malade revient de nouveau pour le même motif.

— Hystérectomie.

*Examen de la pièce.*

Parois utérines non amincies mais logettes avec villosités.

## OBSERVATION N° 19

### Observation de VALDO

Femme de 22 ans.

Mariée depuis un an, pas d'enfant.

Avortement de quatre mois en mai 1909.

Règles reparaissent en juin et juillet puis cessent en septembre.

Dans le mois qui suit la malade recommence à perdre.

Début novembre 1909: syncope, signe d'hémorragie interne.

5 novembre: opération, guérison.

*Examen de l'utérus.*

Remontant jusqu'à trois travers de doigts au-dessus

de l'ombilic, ce qui correspond à une grossesse de six mois.

On trouve à la face antérieure, au niveau du fond, un peu à gauche, une perforation du muscle de trois quarts de pouce de long sur un quart de pouce de large.

L'épiploon adhère et bouche l'ouverture.

Parois très amincies.

### OBSERVATION N° 20

Observation d'ENGSTROM N° 1

— Femme de 28 ans mariée.

Accouchement au forceps en mars 1903.

Depuis deux avortements — le dernier à deux mois en février 1906. Par la suite la femme souffre de métrorragies faibles mais continues qui cessent le 13 avril 1906.

Fin avril, douleurs pendant toute la journée. Le 22 mai ces douleurs se répètent.

La femme, très faible, est obligée de s'aliter.

*Examen le 26 juin.*

Utérus mou un peu volumineux (à peu près le volume d'une grossesse de deux mois).

Orifice externe du col dilaté : mucus sanguinolent malade très anémique, légère hémorragie utérine continue.

Le 6 juin : hystérectomie abdominale : solution de continuité située sous la corne droite.

### OBSERVATION N° 21

Observation d'ENGSTROM N° 2

Femme de 50 ans.

Mariée à 22 ans — huit enfant à terme et vivants, le dernier il y a quatre ans et neuf mois.

Le 29 mars 1907 un avortement de trois mois.

Réglée régulièrement jusqu'au commencement de 1911 où elle a un retard sensible.

Fin mai, pertes abondantes qui durent quatre jours.

Commencement de juillet la femme éprouve des malaises et se croit enceinte.

A partir du 13 août, métrorragies, variables en intensité, mais presque continues jusqu'au 30 octobre 1911.

Malade très anémiée.

#### *Examen gynécologique.*

Utérus en antéflexion normale, s'élève jusqu'à deux doigts de l'ombilic, mou, mobile.

La sonde pénètre de 15 cm. dans l'utérus.

L'orifice du col et le canal cervical sont dilatés.

L'orifice interne est imperméable au doigt.

Rien aux annexes.

On ne sent pas de parties fœtales et on n'a pas de signes d'auscultation.

En décembre 1911:

Amputation supra vaginale de l'utérus.

#### *Examen de la pièce:*

Derrière la corne droite bouquet de vésicules qui après refoulement laissent voir une dépression légère, en fossette, à la surface de l'utérus.

Utérus: longueur 11 cm. 5, largeur 7 cm. 3/4, épaisseur 4 cm. La môle s'enfonce de 25 cm. dans les parois, restant à 1 cm. 5 de la surface externe.

#### *Le 21 décembre.*

Petite tumeur située à l'entrée du vagin, sous l'orifice externe de l'urèthre, pâteuse, noirâtre.

Ablation — Guérison définitive.

Revue en juin 1912, guérison maintenue (métastase vérifiée histologiquement) .

OBSERVATION N° 22

Observation d'ESSEN-MOLLER N° 1

Femme de 46 ans, entrée le 18 octobre 1905.

Réglée à 12 ans.

A eu quatre enfants, trois avortements à trois mois alternant avec les grossesses.

Dernier enfant en décembre 1903.

Dernières règles: début mai.

Six semaines plus tard métrorragies qui persistent jusqu'au 12 juillet (expulsion partielle de vésicules).

Le 28 juillet une partie de la môle est extraite à la main.

Le 30 septembre expulsion de vésicules.

*Examen de l'utérus.*

Volumineux, équivalent à une grossesse de deux mois, mobile, de consistance pâteuse.

Le 20 octobre: hystérectomie et guérison.

A l'examen de la pièce on voit que les vésicules ont pénétré dans le muscle jusqu'au milieu de son épaisseur.

OBSERVATION N° 23

Observation de ESSEN-MOLLER N° 2

Femme de 45 ans, entrée le 14 septembre 1907.

Premières règles à 15 ans.

Quatre enfants.

Après le dernier accouchement, abcès pelvien guéri.

Dernières règles il y a neuf semaines.

Métrorragies il y a cinq semaines.

Depuis trois semaines, métrorragies persistantes.

Femme maigre, pâle. Utérus à trois doigts sous l'ombilic.

17 septembre: douleurs, expulsion de petites vésicules, l'utérus se contracte, pas d'hémorragies.

4 octobre: curettage. Le produit du curettage renferme une agglomération de cellules syncytiales.

Les métrorragies reprennent, l'utérus se développe et prend le volume d'une grossesse de deux à trois mois.

Le 23 octobre:

Intervention: hystérectomie — guérison pas de récurrence en 1909.

*Examen de la pièce.*

Tumeur pénétrante au niveau du fond utérin de couleur noir-bleuâtre.

## OBSERVATION N° 24

Observation de HARKNESS (thèse de WEILL-SPIRE)

Femme de 27 ans habituellement bien réglée.

Jamais enceinte.

Se plaint d'hémorragies qui commencent avec le début des règles et se continuent pendant quatre semaines, en même temps que surviennent au bout de quinze jours un gonflement et des douleurs dans l'abdomen.

*Examen de la femme.*

Abdomen tendu, contracturé, mat à la percussion dans sa partie déclive.

Col mou et fermé.

Auscultation négative.

Etat général altéré, pertes de sang continuelles.

*Laparotomie pratiquée :*

La cavité péritonéale est remplie de caillots de sang. Utérus développé comme pour une grossesse de six mois.

Sur la paroi postérieure on trouve une petite zone ramollie et amincie au centre de laquelle on découvre un petit orifice de la dimension d'une tête d'épingle:

Hystérectomie.

A l'examen de la pièce: on trouve une môle hydatiforme.

La paroi utérine était amincie par places, surtout au niveau de la perforation.

### OBSERVATION N° 25

Observation de SWYNGHEDAUW et E. HOUCKE

(Gynécologie et Obstétrique 1932. Etude anatomo-clinique d'un cas de môle disséquante).

Ch... Emma, âgée de 36 ans, a eu trois enfants nés à terme, âgés respectivement de dix ans, quatre ans et trois ans et demi. Ces grossesses ont été normales.

La grossesse actuelle date d'environ deux mois, les dernières règles remontent, en effet, à la fin du mois d'août 1924. Rien d'anormal jusqu'au 5 novembre, date à laquelle la malade ressent quelques douleurs et accuse quelques pertes de sang.

Le 10 novembre, les pertes de sang sont beaucoup plus abondantes, elles s'accompagnent de coliques utérines, elles contiennent des caillots assez volumineux et même quelques débris placentaires dont la présence a pu être constatée par le Docteur ELOY, médecin traitant.

Le 11 novembre, l'hémorragie continue, la malade est vue dans la matinée, elle est très anémiée, à l'examen, le col ramolli est entr'ouvert, l'utérus est légèrement augmenté de volume, les culs-de-sac sont libres.

On décide de faire un curage digital. Celui-ci est pratiqué séance tenante, sous anesthésie générale, il ne ramène que quelques caillots et quelques rares débris placentaires peu volumineux; la paroi interne de l'utérus

est lisse et régulière au toucher. Injection intra-veineuse de sérum artificiel, toni-cardiaque.

Les jours suivants, l'état de la malade s'améliore rapidement, les pertes sont insignifiantes, rosées, pas de température, elle se lève le dixième jour.

Dès ce moment, elle accuse quelques pertes sanguines au cours de la journée, intermittentes, sans douleurs. Elle reprend peu à peu son travail fatigant de fermière ; mais les pertes de sang vont en s'accroissant, à tel point que son médecin ne tarde pas à lui prescrire de nouveau le repos.

La situation reste stationnaire pendant quelques semaines, les pertes se reproduisent chaque fois que la malade se lève ou se fatigue.

Elle est revue le 15 janvier 1925, elle est à nouveau très anémiée.

A l'examen, on constate que le col refermé n'admet plus l'extrémité de l'index. L'utérus est resté assez volumineux, irrégulier de forme; la corne utérine droite est plus volumineuse que la gauche, on porte le diagnostic de fibrome probable de l'utérus et l'on propose une hystérectomie.

La malade s'y refuse tout d'abord, puis accepte l'intervention qui a lieu le 29 janvier 1925.

Hystérectomie subtotale; suites normales.

Revue en 1931, la malade dit avoir été bien portante pendant les sept années qui ont suivi son opération.

#### *Examen de la pièce opératoire.*

Surface externe de l'utérus lisse, l'organe est augmenté de volume, un peu globuleux, on constate une tuméfaction de la corne utérine droite.

Poids de l'utérus et des annexes: 140 grammes.

Épaisseur des parois: antérieure: 2 cm. 1/2.  
postérieure: 2 cm. 1/2; fond: 3 cm.

Profondeur de la cavité utérine: 5 cm. 1/2 à 6 cm.

Les ovaires sont kystiques: dans l'un d'eux, le gau-

che, existe un corps jaune, d'un centimètre de diamètre, en voie de régression. Les trompes ont leur flexuosité normale et sont encore perméables.

A l'inspection des parois utérines, on voit: au voisinage de l'embouchure de la trompe droite, émerger une petite masse rouge cruorique. Une incision faite en ce point met en évidence une petite logette mesurant 3 cm. 1/2 de longueur sur 2 cm. de large et renfermant un caillot ovalaire dont la pointe, formant le centre, émerge à la surface de la muqueuse.

#### OBSERVATION N° 26

Observation de M. E. BREMOND. — (Môle disséquante. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie 1933)

Mme F..., adressée le 15 juillet 1932 par son médecin traitant pour vomissements incoercibles. Secundigeste de 27 ans, dont les dernières règles remontent au 30 avril. Elle a commencé à vomir le 31 mai et a présenté à plusieurs intervalles, depuis le 5 juin, de petites pertes qui ont d'abord fait douter de la réalité de la grossesse.

*Antécédents.* — Première grossesse en 1928, compliquée de vomissements qui ont persisté jusqu'au terme ; accouchement normal.

En novembre 1931, accidents douloureux abdominaux, mal précisés, à la suite desquels les règles sont devenues plus espacées, moins longues et moins abondantes.

A l'examen, on est frappé du mauvais état général de la malade, très amaigrie, très affaiblie, au teint plombé. Utérus gravide de deux à trois mois, ne présentant rien de particulier.

Le traitement habituel des vomissements gravidiques est institué: isolement, traitement de Leven, opothérapie surréno-ovarienne et injections sous-cutanées de sérum physiologique. On obtient ainsi une amélioration considérable de l'intolérance gastrique; mais la malade ne

reprend pas ses forces, quand elle rentre chez elle, vers la fin de juillet, elle s'alimente suffisamment mais doit rester au lit, le pouls se maintient entre 100 et 110.

II. — Au début d'août les pertes séro-sanguinolentes sont devenues presque quotidiennes, s'accompagnant parfois de coliques douloureuses.

Le volume de l'utérus augmente rapidement, pour atteindre 20 cm. de hauteur sus-pubienne le 8 août. A cette date, on trouve à l'examen :

1°) Une tumeur abdominale dont les dimensions nient d'être indiquées, où l'on ne perçoit ni ballotement fœtal, ni bruit du cœur, rénitente comme un kyste de l'ovaire.

2°) Une masse assez volumineuse, mollassse, douloureuse à la pression, dans le cul-de-sac de Douglas.

Le col est en position normale, ramolli entièrement, long, non perméable au doigt.

Le diagnostic de môle paraît très vraisemblable mais il manque le signe de certitude, l'expulsion de vésicules. D'autre part, on se demande s'il ne pourrait pas s'agir d'avortement dans un utérus rétrofléchi avec kyste de l'ovaire, à développement rapide.

III. — L'épreuve de LORRINCZ, pratiquée le 10 août permet de préciser le diagnostic.

Injection intraveineuse de 5 cc. de la solution d'extrait post-hypophysaire CHOAY n° 5. Cinq minutes plus tard la tumeur abdominale se contracte nettement. La masse qui remplit le Douglas se scinde en deux masses latérales, grosses comme des mandarines, sphériques et rénitentes. Perte peu abondante de sang pur.

Une heure après ces constatations, on place une laminaire n° 12 qui pénètre facilement dans le col, et on administre de la quinine et de l'extrait de post-hypophyse.

A 18 heures, ablation de la laminaire, hémorragie. Aussitôt, sous narcose au Kélène, on dilate le col aux

bougies de Hégar et, par expression utérine, par curettage très léger à la curette de Wallich, par curage digital, on évacue une môle d'environ 1500 grammes.

IV. — Les suites opératoires sont mauvaises, le poulx reste à 120, la température axillaire passe rapidement de 37 à 39°3, il se produit chaque soir un frisson intense. Seules les pertes de sang paraissent avoir cédé à l'évacuation de la môle. On se borne à faire un traitement médical dont l'essentiel est constitué par l'application de glace sur le ventre et d'injections de sulfarsénol.

Le 17 août une nouvelle hémorragie impose une thérapeutique plus active. On pratique un curettage très prudent à la curette de Wallich, l'utérus étant encore trop grand pour que le curage digital puisse atteindre partout. Cette intervention conforme à l'enseignement reçu des Maîtres Montpelliérains, donne un résultat remarquable. La température tombe dès le lendemain à 36°5, 37° pour s'y maintenir; les frissons ne se reproduisent plus. Le poulx est aux environs de 100. L'utérus involue assez vite.

V. — La partie semble définitivement gagnée lorsque le suintement sanguin reprend dans la journée du 21 devenant assez abondant vers le soir. A ce moment une exploration complète de la cavité utérine au doigt ramène quelques débris de caduque, ce qui suffit à maîtriser l'hémorragie; mais on a senti en même temps, sur le bord droit de l'utérus, un peu au-dessous de la corne, une logette creusée en plein parenchyme.

Cette constatation indique formellement l'hystérectomie.

Le 22, le taux des globules rouges étant trouvé de 2.800.000, on pratique une transfusion de 400 grammes de sang citraté. Une heure après la transfusion: frisson avec ascension thermique à 39°2.

Le 23: hystérectomie subtotale, sous narcose à l'éther.

L'examen des pièces, qu'une infirmière a détruites par inadvertance, montrait:

— Corps utérin du volume d'une orange, sa cavité montre, à la partie moyenne du bord droit, une logette pouvant admettre l'extrémité du petit doigt et contenant des vésicules de môle. Les ovaires prolabés dans le Douglas, consistent deux masses polykystiques du volume de grosses oranges.

Suites opératoires simples: température à 38° le soir, pendant une quinzaine de jours.

L'opérée a été revue le 17 décembre en parfait état de santé.

---

# I

## 1° - Anatomie macroscopique

## 2° - Aperçu histologique et résultats fournis par l'anatomie pathologique

---

### 1°. — ANATOMIE MACROSCOPIQUE

A. — Voyons d'abord *l'aspect de l'utérus après perforation* :

— *Dans notre observation* :

Petit bourgeon charnu à la partie antérieure et supérieure gauche du corps utérin en dedans de l'implantation du ligament rond :

Il s'agit d'un fragment disséquant de la môle qui a *perforé la paroi utérine*.

— OBS. DE GOTTSCHAL :

Rupture au niveau du fond de la largeur d'une pièce de 1 mark.

Orifices à bords déchirés, un peu plus loin : 3 orifices beaucoup plus petits — hernies des vésicules — Une grosse môle occupe toute la cavité.

Musculature dissociée et parsemée de cavités remplies de vésicules.

— OBS. DE KOENIG et HUGUENIN :

2 perforations punctiformes près des trompes.

— OBS. DE VALDO :

A la face antérieure au niveau du fond, un peu à gauche, une perforation du muscle de  $3/4$  de pouce de long sur  $1/4$  de pouce de large.

L'épiploon adhère et bouche l'ouverture.

— OBS. DE ENGSTROM :

Solution de continuité située sous la corne droite.

— OBS. DE HARKNESS :

Niveau paroi postérieure zone ramollie au centre de laquelle on découvre un petit orifice de la dimension d'une tête d'épingle.

Paroi utérine amincie par place, surtout au niveau de la perforation utérine.

Dans ces quelques observations de perforation utérine, on voit donc que, dans l'ensemble, les orifices de la perforation sont petits, punctiformes (2 ou 3 fois) ; une autre fois de la grandeur d'une pièce de un Mark.

B. — En dehors des cas de perforations :

— OBS. DE VOLKMANN :

Utérus du volume d'une tête d'enfant avec surface irrégulière, bosselée. Au niveau des saillies, vésicules de môle transparaissant à travers le péritoine.

A la partie supérieure de l'utérus, loge creusée dans le muscle complètement dissocié. Paroi mince comme une feuille de papier, se réduisant parfois à la séreuse, séparant la môle de la cavité péritonéale.

— OBS. DE JAROWSKY, WALDEYER :

Utérus volumineux remplit l'utérus, lui adhère inti-

mement. Le fond a 1 mm. d'épaisseur, transparent. Des vésicules sont logées dans des cavités intrapariétales.

— OBS. DE KRIEGER :

Utérus volumineux — Corps utérin fortement épaissi en totalité.

La tumeur a si fortement refoulé le tissu musculaire qu'elle cause, après l'ablation, une perte de substance considérable.

Cette masse néoplasique composée de vésicules de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette, réunies par des caillots sanguins et fibrineux.

— OBS. DE NEUMANN :

n° 1 : le muscle utérin est rempli dans son hémisection gauche de vésicules dont certaines arrivent jusqu'au péritoine.

n° 2 : petites masses néoplasiques (formées de cell. placentaires) dans tout le muscle.

— OBS. DE DUNGER :

Utérus aminci en haut.

Amincissement général des parois avec pénétration des vésicules.

— OBS. DE KAUFFMANN :

Parois utérines non amincies mais logettes avec villosités.

— OBS. DE ENGSTROM :

Derrière la corne droite : bouquet de vésicules qui après refoulement laissent voir une dépression légère en fossette, à la surface de l'utérus.

— OBS. D'ESSEN-MOLLER :

Les vésicules ont pénétré dans le muscle jusqu'au milieu de son épaisseur.

— OBS. DE SWINGHEDAUIW :

A l'inspection des parois utérines, au voisinage de la trompe droite, on voit émerger une petite masse rouge cruorique : une incision faite en ce point met en évidence une petite logette mesurant 3 cm. 1/2 de longueur sur 2 cm. de large et renfermant un caillot ovalaire, dont la pointe, formant le centre, émerge à la surface de la muqueuse.

— OBS. DE E. BREMOND :

La cavité de l'utérus montre à la partie moyenne du bord droit, une logette pouvant admettre l'extrémité du petit doigt et contenant des vésicules de môle.

Donc, par l'examen direct, nous voyons :

Que les villosités molaires pénètrent profondément et intimement le muscle utérin, dans tous les sens, quand elles ne le traversent pas pour faire effraction sous le péritoine ou dans la cavité péritonéale.

Ce sont parfois de véritables bouquets de villosités qui *refoulent* le muscle, donnant naissance à des *cavités* où elles logent.

La pénétration n'est donc pas endiguée.

Il y a un *véritable envahissement à la façon d'une tumeur maligne.*

Nous n'avons trouvé mentionnées des métastases vérifiées histologiquement, que deux fois :

— OBS. DE PICK :

Nodules vaginaux qui révèlent à l'examen histologique la structure de métastases de môle (coque fibrineuse

renfermant en son centre des villosités avec leur épithélium plasmodial).

— OBS. DE ENGSTROM :

Petite tumeur située à l'entrée du vagin sous l'orifice externe de l'urèthre, pâteuse, noirâtre.

Ablation, guérison définitive.

(Métastase vérifiée histologiquement.)

A PREMIERE VUE LA MOLE DISSECANTE SE COMPORTE DONC COMME UNE TUMEUR MALIGNÉ.

Voyons maintenant si l'histologie confirme cette façon de voir de façon précise :

## 2°. — LE POINT DE VUE HISTOLOGIQUE

Nous n'avons pas voulu reproduire les comptes-rendus histologiques de toutes nos observations.

Nous ne reprendrons pas un à un les éléments en les critiquant, comme nous le ferons pour la partie clinique.

Nous nous contenterons de rapporter ici le compte-rendu histologique de l'observation de SWINGHEDAUW et E. HOUCKE, car elle nous semble *typique* et nous évitera beaucoup de redites.

### A) COMPTE-RENDU HISTOLOGIQUE DE L'OBS. DE SWINGHEDAUW ET E. HOUCKE.

#### EXAMEN MICROSCOPIQUE

« Sur une coupe transversale se détachent, d'une part le caillot, d'autre part : les parois de la logette utérine séparées du caillot à droite et à gauche, mais y restant unies dans sa partie moyenne.

Le caillot est formé d'un amas d'hématies englobées

dans un réseau de fibrine au milieu duquel on trouve des restes de villosités foetales, les unes complètement en régression avec des vestiges d'épithélium — cellules de Langhans et, çà et là plasmodium mais à peine colorable; les autres hypertrophiées et transformées complètement en des masses muqueuses au pourtour desquelles persistent des vestiges épithéliaux.

Enfin, quelques villosités ou reste de villosités ont subi une transformation fibreuse.

*Logette utérine.* — Les parois de la logette sont revêtus d'une couche de fibrine ayant subi, en majeure partie, la transformation hyaline, et se colorant en jaune par l'acide picrique. Au niveau du point où cette bande de fibrine se soude intimement aux parois utérines, on retrouve enclavées, encore au milieu d'elles et tout près de la surface, des amas de huit à dix grandes cellules à noyau fortement coloré, à protoplasme clair qui sont évidemment *des cellules de Langhans détachées des villosités* et enclavées dans des masses fibrineuses.

Au-dessous de cette couche de fibrine, on rencontre les restes de la muqueuse utérine, mais d'une façon très inégale; aux deux extrémités de la coupe, là où le caillot est nettement décollé la muqueuse utérine est représentée par une couche conjonctive ayant subi une transformation hyaline. Le stroma est formé de travées homogènes enclavant des cellules déciduales et par places, tout à la surface, on perçoit des vestiges de cellules glandulaires en pleine dégénérescence.

A mesure qu'on se rapproche du point d'adhérence du caillot, ce qui reste de la muqueuse diminue d'épaisseur et sur une étendue variable, la masse fibrineuse du caillot se fixe directement sur les plans musculaires. En ces points la muqueuse a totalement disparu.

Le muscle lui-même n'est pas intact, les couches les plus voisines présentent en de nombreux points une résorption de la substance musculaire qui se traduit par

un état réticulé sur les coupes obliques ou transversales des faisceaux du muscle.

On constate, en effet, que les faisceaux musculaires, coupés transversalement, sont réduits à des groupes de logettes, limitées par les travées du conjonctif inter musculaire et ne renfermant plus de substance contractile; la coupe des faisceaux paraît comme un crible, la substance musculaire elle-même étant en majeure partie résorbée.

Dans ces points où le muscle semble ainsi détruit on rencontre précisément des groupes de grandes cellules à noyau beaucoup plus foncé, réunies par groupes et qui ont envahi les petites logettes vidées de leur contenu musculaire.

Nous croyons que ces amas de cellules doivent être interprétées comme des cellules de Langhans ayant pénétré dans le muscle et contribué à le détruire. Néanmoins, en examinant avec soin nos coupes, nous avons reconnu en certains points que ces grandes cellules peuvent appartenir à des fibres musculaires en voie de régénération. Il existe, en effet, des points où les gros noyaux lobés ne sont pas limités par un protoplasme distinct mais reposent directement sur le muscle qui, en ces points, présente parfois des renflements en massue.

Les grandes cellules que l'on voit au niveau des parois utérines ne sont donc pas toutes de la même origine.

Les unes sont incontestablement des cellules de Langhans ayant pénétré dans la trame musculaire; d'autres au contraire sont des éléments en rapport avec des phénomènes de régénération musculaire.

Sur la plupart des coupes (plus de 50 à 60), on ne rencontre pas autre chose que les dispositions que nous venons de décrire et si l'on s'arrêtait à cet examen, on serait amené à ne considérer la lésion que comme une simple môle disséquante bordée d'un mur de fibrine et n'ayant donné lieu qu'à une légère dispersion des cellules

de Langhans dans les couches tout à fait superficielles des parois utérines.

En continuant toutefois les coupes en série, nous sommés brusquement tombés sur une région où immédiatement sous la couche de fibrine, on rencontre, logées dans l'épaisseur du tissu musculaire et dans les restes du chorion de la muqueuse, de grandes villosités foetales qui forment une traînée assez longue, les unes coupées en long, d'autres en travers et revêtues de leurs épithéliums caractéristiques. Cellules de Langhans à protoplasme vacuolaire, clair et transparent, cellules syncytiales assez minces, ne présentant nulle part de prolifération véritable ni de redivision nucléaire.

Ces villosités sont en contact direct avec le caillot; l'une mesure un millimètre au moins et les autres, au nombre de 4 ou 5 ne dépassent pas les 4 à 5/10 de millimètres; mais la lésion n'est pas limitée à la couche superficielle.

Il existe en effet, pénétrant dans la profondeur au-dessous de cette traînée, un second groupe de 3 à 4 villosités mesurant également 5/10 de mm. logées dans un orifice vasculaire distendu, reconnaissable à des vestiges d'épithélium bordant sa lumière.

Là encore, nous retrouvons le syncytium présentant quelques rares amas nucléaires et des cellules de Langhans avec leurs caractères habituels.

A côté de ce foyer, dans un très large orifice limité par un endothélium aplati, est une énorme villosité allongée, dépassant 1 mm. 3/10, en tête de serpent avec une masse de fibrine coagulée dans laquelle sont les cellules de Langhans, quant au revêtement syncytial il est abondant.

Cependant, le point d'invasion extrême des villosités ne dépasse pas de 3 mm. le bord de la logette renfermant le caillot. En un mot, l'invasion ne dépasse pas de 3 mm. l'épaisseur des parois.

Enfin, tout le tissu avoisinant cette région est rempli

de grands éléments qu'il ne faut pas prendre pour des cellules de Langhans mais bien pour des cellules décimales. Elles en ont tous les caractères, protoplasme granuleux, nucléole et fine chromatine et sont disposées souvent le long des orifices vasculaires.

## B. — CRITIQUE DE CETTE OBSERVATION.

a) Nous rapporterons d'abord la critique de l'observation précédente par son auteur et nous verrons ce que nous devons en penser.

Nous n'en citerons que les principaux passages :  
« Dans la majeure partie de son étendue le caillot et les restes de villosités sont séparés de l'utérus par une cloison de fibrine (mur fibrineux de Curtiss), mais *cette barrière en un point très réduit est franchie et des villosités foetales se rencontrent au milieu du tissu utérin lui-même et dans l'orifice même de plusieurs vaisseaux* ».

Si l'on s'en tenait à cette seule constatation on pourrait soutenir qu'il s'agit ici d'un *véritable Chorionépithéliome*.

Mais, un peu plus loin :

« lésion limitée »

« pas de prolifération véritablement indépendante des cellules de Langhans du syncytium ».

« Les nappes de cellules de Langhans constatées *paraissent*, en beaucoup de points, flétries, ratatinées et quelques masses syncitiales sont adhérentes aux villosités, l'ensemble de ces aspects *suggère* plutôt l'existence d'une *prolifération non maligne*.

Nous croyons donc que la présente lésion doit être considérée comme une môle disséquante à un stade déjà assez avancé, puisqu'en un point la barrière fibrineuse est rompue et qu'il y a pénétration dans des orifices vasculaires, en partie au moins thrombosés. »

Donc, l'Auteur lui-même n'est pas affirmatif.

A première vue, dit-il, il s'agirait d'un chorio-épithéliome. Mais les lésions sont limitées et il n'y a *pas de prolifération vraiment indépendante* des cellules de Langhans et du syncitium, donc la lésion n'est pas maligne.

Toutefois, un peu plus loin, reprenant l'examen des cellules de Langhans et des masses syncytiales, l'auteur dit que l'ensemble *suggère* plutôt l'existence d'une prolifération non maligne. C'est une suggestion, non une affirmation, et il conclut finalement en disant qu'il s'agit d'une môle disséquante à un stade avancé.

D'un côté caractère malin (barrière fibrineuse rompue pénétration intra-vasculaire, d'un autre côté la tumeur n'a pas encore acquis le pouvoir de prolifération maligne.

Nous voyons donc que *l'on n'arrive pas à une conclusion nette*.

Cet auteur signale d'ailleurs lui-même. « *qu'il existe entre la môle disséquante et le chorio épithéliome toute une série de gradations qui s'étendent de la môle tout à fait enkystée jusqu'au chorio-épithéliome envahissant* ».

C'était exactement l'enseignement que nous avons pu tirer en les lisant, des compte-rendus histologiques des observations que nous avons rapportées, c'est pourquoi nous n'avons pas reproduit la plupart de ces compte-rendus.

La môle perforante peut présenter une image de môle banale (comme dans notre observation) ou très voisine du chorio-épithéliome et *il y a entre ces deux extrêmes une grande diversité de cas*.

## Etude critique, au point de vue clinique des différentes observations personnelles et relevées dans la littérature

### 1°. — *Antécédents.*

Voyons d'abord si dans les antécédents de nos malades nous trouvons quelque chose d'intéressant à signaler :

— LA PARITE. — Sur nos 26 observations nous avons :

*Primigestes* : observations n° 1 — 8 — 9 — 10  
13 — 19 — 24; donc 7 sur 27 cas.

Parmi les *multigestes* : il y a un peu de tout : des *secundigestes* (n° 26) de grands multipares (n° 2 : 8 enfants; n° 15 : 12 grossesses; n° 11 : 8 grossesses).

D'autres ont eu de 2 à 4 grossesses.

Dans l'observation n° 20 : deux avortements de suite.

*Tout ce que l'on peut dire c'est qu'il y a une majorité de multipares.*

— L'AGE. — Certaines de ces femmes sont jeunes (20 ans) d'autre à l'âge moyen, d'autres âgées (au point de vue vie génitale). Donc, là, rien encore à retenir.

### 2°. — *Symptomatologie.*

#### I. — Période de début.

Le début de la grossesse, qu'il s'agisse d'une môle banale, ou d'une môle qui disséquera l'utérus ou le

perforera, n'est pas marqué par des signes différents dans la majeure partie des cas, ce sont les mêmes que ceux de la grossesse normale.

A part quelques exceptions : la femme sait la date de ses dernières règles — Elle sait qu'elle est enceinte et de combien elle y est — Les troubles sympathiques apparaissent — A ce sujet, nous noterons : les vomissements importants qui, dans notre observation, sont apparus au deuxième mois précédés de nausées, dans celle de Brémond ils étaient incoercibles au troisième mois, dans les autres observations ils ne sont pas toujours signalés.

Or, dans la môle banale, c'est exactement la même chose.

Les troubles sympathiques apparaissent classiquement du deuxième au troisième mois (nausées, vomissements, excitabilité nerveuse).

## 2°. — *Périote d'état.*

### I. — SIGNES FONCTIONNELS

#### A) Signes fonctionnels majeurs :

cette période commence à partir du moment où la femme saigne (en général, c'est à ce moment là qu'elle vient consulter).

*Les hémorragies constituent le symptôme le plus constant, le symptôme majeur.*

Il n'y a pas d'exception, elles sont signalées 27 fois sur 27 cas.

#### a) Date d'apparition :

Voici la classification que nous avons obtenue :

ESSEN-MOLLER à 1 mois 1/2

SWINGHEDAUW et HOUCKE } à 2 mois

BREMOND

KOENIG et HUGUENIN 15 jours après

|                        |   |                                                |
|------------------------|---|------------------------------------------------|
| Dans notre observation | } | un mois                                        |
| celles de VOIGT        |   |                                                |
| NEUMANN                |   |                                                |
| GOTSCHALL              |   |                                                |
| DUNGER                 |   |                                                |
| KAUFFMANN              |   | à 3 mois                                       |
| PICK                   |   | à 4 mois                                       |
| HERZ                   |   | à 5 mois                                       |
| ENGSTROM               |   | à 4 mois et reprise au<br>7 <sup>e</sup> mois. |

Donc, en faisant la moyenne c'est vers le *deuxième mois* qu'apparaissent les pertes sanguines, mais il y a tout de même une grande variété de dates d'apparition s'échelonnant du quinzième au cent-cinquantième jour après les dernières règles.

Dans la môle banale l'apparition est précoce, en général vers le deuxième ou troisième mois.

Il n'y a donc pas là encore de différence

#### b) *Qualité.*

Dans notre observation :

Au début (au bout d'un mois) sang rouge liquide semblable à l'écoulement cataménial.

Dans le courant du deuxième mois les pertes deviennent noirâtres.

Dans l'observation de BREMOND, on parle de pertes séro-sanguinolentes.

Enfin, dans plusieurs autres observations : pertes de sang mêlées de caillots.

L'expulsion de vésicules mêlées aux métrorragies longtemps avant l'avortement (ce qui permettrait un diagnostic précoce), n'est jamais signalée.

Là encore, rien de particulier.

#### c) *Quantité.*

C'est là un des points capitaux.

Car en dehors de l'inondation péritonéale de la

perforation utérine où elles sont pour une grande part dans la mort de la malade quand elle se produit, *elles affectent toujours un caractère de gravité par l'anémie progressive qu'elles entraînent.*

Dans notre observation, les pertes peu abondantes au début, n'ont guère augmenté, mais ont cependant anémié sérieusement la malade.

Dans le cas de YAROWSKY et WALDEYER la femme a eu des métrorragies soudaines et *extrêmement abondantes*, et il semble bien qu'elles aient provoqué sa mort (mort dans le collapsus — pas de perforation utérine).

Dans celle de KRIEGER :

Métrorragies pendant 4 mois — arrêt, puis reprise un mois après, la femme meurt en syncope dans les jours qui suivent.

PESTOLOZZA signale des métrorragies *profuses* intermittentes.

NEUMANN : dans une première observation, hémorragies presque continues pendant 3 semaines.

Dans une seconde observation les *métrorragies persistant en augmentant* pendant 15 jours provoquent l'entrée à la clinique.

Dans l'observation de MONOD, CHABRY et MACAIGNE : métrorragies le premier mois, ensuite métrorragies importantes les 3 mois suivants.

VOIGT signale des métrorragies *très abondantes* qui nécessitent l'appel du médecin (au bout du premier mois).

SOLOWY et KRYSZKOWKI : pertes de sang presque continues pendant 15 jours.

HERZ : *métrorragies abondantes* forçant la malade à s'aliter (au cinquième mois).

Dans sa deuxième observation : cas analogue au quatrième mois.

DUNGER : *hémorragies persistantes* pendant trois semaines, puis plus irrégulières pendant deux mois.

ENGSTROM : Obs. n° 1 : *métrorragies* faibles mais continues pendant 2 mois.

Obs. n° 2 *métrorragies* variables en intensité mais presque continues pendant 2 mois. Malade très anémiée.

ESSEN-MOLLER : *métrorragies* pendant 4 mois 1/2.

Dans le cas rapporté par SWYNGHEDAUW et HOUCKE : pertes légères le 5 novembre — pertes plus abondantes le 10 novembre puis après curettage le 11, reprennent vers le quinzième jour cèdent au repos mais reprennent dès qu'on lève la malade.

Enfin dans l'observation de BREMOND : pertes séro-sanguinolentes quotidiennes pendant une huitaine de jours — curettage nouvelle hémorragie et révision à la curette — puis, quelques jours après pertes sanguines encore — abondantes et hystérectomie.

Donc, de par ce bref résumé nous voyons : que les hémorragies ont été dans l'ensemble importantes, anémiant toujours sérieusement la malade (allant même jusqu'à provoquer l'exitus dans 3 cas), qu'elles duraient quelques jours, 15 jours, un mois et plus; qu'elles étaient souvent importantes mais parfois légères; quelquefois calmées par le repos, survenant d'une façon soudaine sans cause apparente.

Qu'elles prenaient toujours avec le temps un caractère de gravité du fait de l'anémie qu'elles entraînaient.

Or, quand la môle n'est pas compliquée, les hémorragies affectent également un caractère de gravité, par le même mécanisme, celui de la répétition.

Peut-être ne sont-elles pas toujours aussi abondantes d'emblée comme nous l'avons souvent trouvé dans nos observations.

Nous signalerons maintenant, dans un seul paragraphe d'autres symptômes moins importants et que

nous n'avons pas toujours rencontrés d'une façon constante.

B. — *AUTRES SIGNES FONCTIONNELS :*

En tête, nous placerons les douleurs, car elles sont notées par de nombreux auteurs :

(En dehors des douleurs de l'avortement molaire proprement dit.)

*Les douleurs.*

Dans notre observation :

Douleurs spontanées très marquées dans la fosse iliaque gauche pendant le mois qui a précédé l'entrée de la malade à l'hôpital.

— OBS. DE WOLKMAN :

Violentes douleurs abdominales pendant les quelques jours précédant les métrorragies.

— OBS. DE JAROWSKY-WALDEYER :

Tranchées violentes accompagnant les métrorragies abondantes précédant la mort.

— OBS. DE KRIEGER :

Douleurs *très marquées* pendant quatre mois.

Douleurs encore par la suite.

— OBS. DE NEUMANN :

Douleurs *très vives* dans les premiers temps.

— OBS. DE MONOD, CHATRY et MACAIGNE :

Métrorragies douloureuses pendant 4 mois.

— OBS. DE SOLOWY et KRYSZOKOWSKI :

Douleurs abdominales et sacrées pendant plusieurs semaines.

— OBS. DE KOENIG et HUGUENIN :

Les douleurs persistent alors que les pertes ont cessé.

— OBS. DE ENGSTROM :

Deux mois après le dernier avortement, douleurs qui se répètent pendant plusieurs jours.

— OBS. DE HARKNESS :

Douleurs abdominales accompagnant la distension.

— OBS. DE E. BREMOND :

Accidents douloureux abdominaux précédant les troubles de la menstruation.

On trouve ainsi notées de fortes douleurs dans onze observations sur vingt-sept et comme nous l'avons déjà souligné, bien avant la perforation ou l'avortement molaire.

Seraient-elles dûes à une tentative d'avortement de la môle à ce moment là ? A une hémorragie intra-utérine ? Tiendraient-elles à une irritation des fibres utérines ou du péritoine (puisque nous retrouvons des vésicules jusqu'au péritoine, ou très près du péritoine) ?

N'y aurait-il pas là possibilité de soupçonner à l'avance la malignité locale de la môle ?

## II. — SYMPTOMES GÉNÉRAUX :

### L'ANÉMIE.

Dans toutes nos observations on note l'anémie marquée des malades.

Certaines même, sont mortes d'anémie aiguë (obs. de WOLKMANN et de JAROWSKY), avec le tableau classique : téguments et muqueuses décolorés, pouls accéléré, tension artérielle abaissée, et, quand l'anémie est plus prononcée : vertiges, troubles de la vue, tintements d'oreille, céphalée, lipothymies.

Nous avons même vu des syncopes dans une ou deux des observations relevées.

On ne peut pas voir dans ces faits de caractère de malignité.

SYMPTOMES DITS TOXIQUES :

*Troubles digestifs* : nous avons noté des vomissements simples et des vomissements incoercibles.

(Ils se voient même dans une grossesse qui se termine souvent très bien).

*Troubles rénaux* : deux fois nous avons noté des œdèmes des membres inférieurs, donc peu souvent.

*Troubles nerveux* : cette malade qui avait la sensation de froid dans le dos (obs. de HERZ n° 2).

III. — *SIGNES PHYSIQUES*

Nous avons noté, dans toutes nos observations avec la même fréquence que les hémorragies, l'augmentation de volume exagérée de l'utérus, par rapport à l'âge de la grossesse.

Dans notre observation, l'utérus s'élevait à 18 cm. au-dessus du pubis ce qui correspond à une grossesse de 5 mois, alors que d'après les dernières règles on aurait dû trouver un utérus correspondant à une grossesse normale de 3 mois.

— OBS. DE NEUMANN :

(1) L'utérus atteint l'ombilic, correspondant à 5 mois.

(2) Utérus volume d'une grossesse de 4 mois, 3 mois de retard.

— OBS. DE SOLOWY et KRISZKOWSKI :

Utérus volume d'une grossesse de 5 mois, 3 mois de retard.

— OBS. DE HERZ :

Utérus volume d'une grossesse de 6 mois, 4 mois de retard.

— OBS. DE KAUFFMANN :

Utérus volume d'une grossesse de 5 mois, 3 mois de retard.

— OBS. DE VALDO :

Utérus volume d'une grossesse de 6 mois, 3 mois de retard.

*Consistance :*

Pâteuse, mollassée, élastique, rénitente, tels sont les termes que l'on trouve le plus souvent.

Enfin, lorsque la grossesse a dépassé 4 mois, on ne signale jamais de signe d'auscultation.

On ne sent jamais de ballotement foetal, de petits membres.

*Le toucher vaginal.*

Ne donne pas de renseignements particuliers. En général, dans les culs de sac diminués de profondeur, on sent bomber l'utérus augmenté de volume. Cet utérus est souvent sensible comme dans notre observation et celle de Monsieur E. BREMOND.

Il est bien rare de ramener des vésicules si ce n'est a.u moment de l'avortement, ou un peu avant l'avortement.

Tels sont les principaux symptômes fonctionnels et signes physiques que nous avons relevés dans les divers cas de môle dissécente.

*Nous retiendrons :*

— les métrorragies qui nous ont toujours été signalées comme très abondantes et l'anémie qu'elles entraînent.

— les douleurs souvent très marquées.

— l'augmentation de volume de l'utérus presque toujours anormale par rapport à l'âge de la grossesse

— l'expulsion, rare avant l'avortement, de vésicules.

Or, voyons maintenant s'il existe des signes annonçant le cas particulier de perforation utérine et quel est alors le tableau :

Cette perforation s'opère assez rapidement et il y a peu de prodromes.

Notre malade ressentit dans la nuit de violentes douleurs abdominales et à ce syndrome abdominal douloureux s'ajouta rapidement un syndrome hémorragique interne intense.

Dans l'observation de GOTTSCHALL, c'est brutalement, sans prodromes, en sortant de table que se produisit la perforation.

Très rapidement se constitue alors le tableau suivant : la malade est pâle, décolorée, sans forces, respiration courte, sueurs froides, vertiges, bourdonnements d'oreilles, lipothymies.

Pouls rapide à 120 - 140. C'est le tableau d'une malade schockée et anémiée brusquement (hémorragie interne abondante).

Or ce diagnostic est difficile quand celui de môle n'a pas été porté précédemment. Dans notre observation, nous avons vu que celui-ci avait été porté. La malade qui était en observation dans le service a donc été hystérectomisée d'urgence avec le diagnostic possible de môle perforante.

Dans le cas de GOTTSCHALL où la perforation a été brutale, le diagnostic n'avait pas été porté.

Le diagnostic différentiel peut d'ailleurs se poser avec celui de rupture de grossesse extra-utérine. En effet, si un des ovaires est kystiques et augmenté de volume, on peut croire à une annexe augmentée de volume. Mais il faudrait que l'utérus ne soit pas trop augmenté de volume (ou noyé dans une inondation péritonéale très importante).

Citons encore la possibilité d'une rupture de grossesse angulaire où le diagnostic différentiel est très difficile.

Nous voyons donc que quand il y a perforation, elle s'opère brutalement, que rien ne peut la faire prévoir que le diagnostic n'est pas toujours fait.

Les caractères malins de la môle se manifestent là encore sans qu'on ait pu s'en douter.

### EVOLUTION

Nous dirons maintenant quelques mots au sujet de l'évolution de ces môles dissécanes :

Elles ne vont pas toujours jusqu'à la perforation, comme dans notre observation et celle de GOTTSCHALL. Dans l'observation de VOLKMANN, la femme meurt au bout de 6 mois : hémorragies, périodes de repos et reprise de ces hémorragies.

— OBS. DE JAROWSKY :

Mort en 3 ou 4 mois dans le collapsus.

— OBS. DE KRIEGER :

Mort au bout de 2 mois par syncope

OBS. DE KOENIG et HUGUENIN :

Mort au cinquième mois.

Dans ces trois derniers cas issue fatale due à l'anémie brutale ou progressive, qui a entraîné la môle.

D'autres fois les métrorragies ont nécessité un curetage qui a même entraîné la mort (obs. de SOLOWY et KRYSZKOWSKI, ou un curage avec guérison (HERZ).

Dans quelques observations l'évolution est plus compliquée :

— OBS. DE KAUFFMANN :

— Métrorragies.

— Evacuation manuelle d'une môle, 2 mois après les dernières règles.

— Curetage 2 mois après.

— Quatre mois après, métrorragie qui font décider de l'hystérectomie.

Cette observation est particulièrement intéressante. En effet, 2 mois après un curage où on avait bien eu l'impression d'avoir sorti toutes les vésicules, nouvelles métrorragies et curetage. Cette fois encore on croit

bien en avoir fini, et, 4 mois après, nouvelles hémorragies.

Cette évolution souligne bien le *caractère malin* de ces variétés de môles qui récidivent malgré curage et curettage soigneux.

On trouve un cas un peu analogue dans l'observation d'ESSEN-MOLLER :

- Au bout de 6 semaines métrorragies,
- Expulsion partielle de vésicules,
- 15 jours après môle extraite à la main (en partie,
- 30 septembre : expulsion de vésicules,
- 20 octobre : hystérectomie.

Donc, après l'avortement molaire et le curage, encore débris de môle.

- OBS. DE SWYNGHEDAUW :
- 2 mois après les dernières règles, métrorragies légères,
- 5 jours après pertes de sang plus abondantes avec coliques utérines et débris placentaires,
- Puis curage digital : la paroi semble lisse, seulement quelques débris placentaires peu volumineux,
- Les 10 jours qui suivent le curettage tout va bien,
- 3 semaines après les pertes reprennent,
- 2 mois après anémie très prononcée, hystérectomie,
- Bonnes suites opératoires.

*En conclusion, on voit donc :*

Que l'anémie très prononcée, la perforation, peuvent conduire à l'issue fatale ;

Que parfois, malgré les traitements, curage, curettage, la môle a déjà pénétré profondément dans le muscle et continue à évoluer, provoquant des hémorragies, mettant ainsi la vie de la malade en danger. Donc : *évolution vraiment maligne.*

## CONCLUSIONS

---

I. — Il n'existe aucun critère clinique permettant de prévoir que la môle sera disséquante.

II. — Il n'existe également aucun caractère anatomopathologique permettant de dire si on aura plus tard un chorio-épithéliome.

III. — La môle disséquante se comporte au point de vue clinique à la manière d'une tumeur maligne.

---

Vu

Le Doyen :  
BAUDOUIN

Vu

Le Président de la Thèse :  
COUVELAIRE

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

**GIDEL**



## BIBLIOGRAPHIE

---

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE. — Communications au sujet des môles perforantes. (*Société de Gynécologie et obstétrique*, 1926).

BRIQUEL. — Les Tumeurs Placentaires.

MONSIEUR MERGER. — Travaux sur la môle et le chorio épithéliome. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*).

BLAND (P.-B.). — Môle hydatiforme se compliquant de perforation de la paroi utérine et secondairement de chorio épithéliome du bassin. (*Jn. J. obst. and gynec.* 13 — 189 — 204, fev. 1927).

BOERMA (N.-J.) (A.-F.). — Un cas de chorio-épithéliome résultant d'une môle hydatiforme destructive. (*Nederl. hydochv. V geneesj.* — 74 — 393-395, 26 janvier 1930).

BREMOND (E.). — Môle disséquante. (*Réunion obst. et gynec. de Montpellier scedus*, 21 déc. 1932 du *Montpellier Médical*, n° du 15 fév. 1933, t. III).

— (*Bull. Soc. d'obst. et de gynec.*, 22 — 358-359, avril 1933.)

DE BELLA (E.). — Mola vesicolare destruente e coron epithelioma. (*Arch. di ostet e ginec.* 16 : 143-166, avril 1929).

CURTISS et OUI. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*. juin 1913.

GIZOWSKI (T.). — Perforation spontanée de l'utérus par une môle hydatiforme maligne. (*Ginek Poloka*, 13, 380-385, avril et june 1934).

- ILLYIN (A.-A.). — Un cas de môle destructive. (*Klein J. Saratov-Univ* 5 : 473-478, avril 1928).
- JOHANSSON (J.). — Mola hydatidosa destruens chorio epithelioma uteri cum metastatibus pulmonum-perforatio spontanea uteri cum metastatibus pulmonum perforatio spontanea uteri anemia acuta — Exitus. (*Acta obst et gynec Acandinan* — 8 131-137, 1929).
- KALLINIKOFF (J.-I.). — Ein fall von mola hydatidosa perforatio uteri Amputatio uteri supra vaginalis.
- CLUSE (H.-I.) (M.-C.). — Môle hydatiforme, perforation soudaine de l'utérus. (*J. obst. et gynec. Brit. Imp.*, 42 — 663-667 aug. 1935).
- MAZET. — Môle perforante. (*Soc. des Sciences Méd. de Lyon*, 9 déc. 1927).
- MICHON-POUZET. — Môle hydatiforme et perforation utérine. (*Lyon médical* 138-669, 14 novembre 1926).
- MOTTA (G.). — Contributo alla conscenza delle mole vescicolari ectopiche (mola destruyente del tratto interotiziale della tuba). (*Arc. di ostet C gynec*, juin 1935, p. 358-370).
- SWINGHEDAUW-HOUCKE (E.). — Etude anatomique d'un cas de môle disséquante. (*Gynec. et obst.*, 25 — 341-348, mai 1932).
-



